

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

424

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention MÉDECINE)

PAR

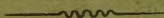
Eugène EDELMANN

né le 21 Août 1902 à Bartfa



**Le Traitement des Suppurations à Staphylocoques
chez les mères et chez les enfants
pendant les suites de couches,
par la vaccination locale.**

(Vaccin complexe antistaphylococcique du Docteur FISCH)



Président : M. le Professeur COUVELAIRE



PARIS

Imprimerie E. PUYFOURCAT fils & C^{ie}
12, rue Grange-Batelière
1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention MÉDECINE)

PAR

Eugène EDELMANN

né le 21 Août 1902 à Bartfa

**Le Traitement des Suppurations à Staphylocoques
chez les mères et chez les enfants
pendant les suites de couches,
par la vaccination locale.**

(Vaccin complexe antistaphylococcique du Docteur FISCH)

Président : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

Imprimerie E. PUYFOURCAT fils & C^{ie}
12, rue Grange-Batelière
1929

PACIFIQUE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1861

THÈSE

PAR

Docteur de l'Université de Paris

MEDICINE INTERNE

PAR

Edgar DELAUNAY

et de la Faculté de Médecine de Paris

Le Traitements des Syphilis à l'Époque moderne
chez les adultes et chez les enfants
pendant les années de jeunesse
par la vaccination locale
Thèse présentée au Jury de la Faculté de Médecine de Paris



UNIVERSITY OF LEIDEN
LIBRARY
1200
1861

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale ..	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LEGENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINIEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. . . Neurologie et Psychiâtrie.
 AUBERTIN... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. . Chimie biologique.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale.
 BRULE..... Pathologie médicale.
 CADENAT... Pathologie chirurgicale.
 CHABROL... Pathologie médicale.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRE..... Hygiène.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT... Pathologie médicale.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 EGALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER.. Pathologie médicale.
 GARNIER.... Pathologie expérimentale.
 CATELLIER... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HARVIER.... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.

MM.

HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOYEUX..... Parasitologie.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE... Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE.. Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU.... Pathologie chirurgicale.
 MERCIER Fernand.. Pharmacologie.
 METZGER... Obstétrique.
 MONDOR.... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 OBERLING... Anatomie pathologique.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 QUENU..... Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils.. Physiologie.
 SEZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL.. Obstétrique.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VERNE..... Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.... Pharmacologie.
 GUENIOT.... Obstétrique.
 LEQUEUX.... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE.. Parasitologie.

MM.

RETTERRER... Histologie.
 TANON..... Pathologie médicale.
 ZIMMERN.... Physique.

IV.-AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.

ALGRAVE..... Clinique chirurgicale.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU... Clinique chirurgicale.
GOUGEROT... Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LE LORIER... Clinique obstétricale.

MM.

LEREBOULLET... Clinique médicale infan-
tile.
LERI..... Clinique médicale.
MOGQUOT... Clinique chirurgicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ... Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Education physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MON ONCLE, M. A.-S. TARDOS

Notre reconnaissance.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

MEIS ET AMICIS

A M. LE LORIER, Professeur agrégé
accoucheur de la Maternité de l'hôpital Boucicaut

*qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de cette thèse.*

A M. le Professeur COUVELAIRE

*qui a bien voulu nous faire le
très grand honneur de présider
la soutenance de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur FISCH

*Notre reconnaissance pour ses
conseils et son aide précieux.*

AVANT-PROPOS

Dans ce court travail, nous nous proposons d'illustrer en un petit nombre d'observations, les résultats très encourageants obtenus dans le traitement des suppurations à staphylocoques chez les mères et chez les enfants, pendant les suites de couches, par la vaccination locale. Le vaccin employé est le filtrat antistaphylococcique du Dr FISCHE. Moyen encore peu utilisé par le grand Public médical et qui mérite pourtant une attention toute spéciale tant à cause de sa formule de composition toute neuve, que pour son efficacité.

Nous remercions ici la bienveillance de notre Maître, le Professeur LE LORIER, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Notre reconnaissance va également à M. le Dr FISCHE, qui a bien voulu nous donner des conseils très précieux et qui nous a aidés pendant nos recherches.

INTRODUCTION

Parmi les suppurations à staphylocoques, rencontrées chez la mère et chez le nourrisson pendant les suites de couches, ce sont les affections inflammatoires du sein, qui occupent la place première.

Notre étude a pour but de montrer la grande efficacité de la vaccination antistaphylococcique locale dans les affections de la mamelle plus particulièrement.

Nous avons recueilli quelques observations de suppurations staphylococciques, autres que celles du sein, chez l'enfant. Nous avons relaté quelques petits abcès survenus chez des enfants pendant les premières semaines de leur vie, et traités également par la vaccination locale avec bons résultats.

Ce travail donnera un court aperçu des affections inflammatoires, suppurées du sein, leur pathogénie, symptomatologie et traitements autre que celui dont nous nous occupons plus spécialement. Ensuite un court historique de la vaccination antistaphylococcique en général ; la vaccination antistaphylococcique locale ; une description du vaccin du Dr Fisch, sa préparation, son mode d'emploi. Nos observations suivent après, puis leur interprétation et nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Les affections inflammatoires suppurées du sein sont aiguës ou chroniques. Pendant la période de lactation, ce sont surtout les premières qui ont un intérêt. C'est l'abcès de la glande mammaire (la mastite aiguë) qui est le plus fréquent.

La paramastite, l'inflammation du tissu cellulo-adipeux juxtaglandulaire, la panmastie (phlegmon diffus de la région mammaire) sont beaucoup plus rares et ne se voient que très rarement pendant les suites de couches.

Définition : La mastite est une inflammation de la glande mammaire due à une infection microbienne. L'agent pathogène est ordinairement le staphylocoque (*Aureus*, *flavus*, *citreus*).

Cette affection se rencontre pendant trois périodes différentes de la vie : à la naissance, à la puberté et pendant la période de lactation.

Ici, nous aurons à nous occuper de la mastite de la naissance et celle de la période de lactation.

La mastite des nouveaux-nés : Se rencontre dans les deux sexes. C'est une noussée congestive de la glande mammaire. DEPAUL, sur cent cas, ne l'aurait jamais vu manquer.

Elle survient entre le quatrième et dixième jour de la vie. Vers le sixième jour, habituellement, les seins se tuméfient « en verre de montre ». C'est un enfllement dur, inégal, bosselé, chaud au toucher qui atteint le volume d'une noisette. La peau est rosée ; la pression est douloureuse et fait sourdre un liquide crémeux au niveau du mamelon (*Hexenmilch* des Allemands), qui contient des cellules épithéliales dégénérées. En cas de traumatisme léger (constriction par le linge, maillot) une porte est ouverte à l'infection et une galactophorite se produit. La température locale au niveau du sein s'élève, la fièvre apparaît et un abcès se forme si l'on n'intervient pas. La peau est rouge violacée ; l'incision fait sourdre du pus, et après, la guérison est rapide.

Exceptionnellement une propagation de l'infection en profondeur et une extension à toute la région mammaire donne lieu à la formation d'un phlegmon diffus de toute la paroi thoracique, ce qui s'est passé dans un des cas observés par nous.

Le pronostic est bénin en général. La nutrition est peu ou pas du tout troublée. La rétraction cicatricielle du mamelon, la destruction complète de la glande sont d'observation relativement très rare.

Mastite de la lactation : C'est une affection qui survient pendant les premières semaines après l'accouchement, assez souvent au moment du sevrage. Sa fréquence est encore assez élevée. MARTIN a observé sur cent cinquante mastites, cent quarante pendant la lactation, TILLAUX a trouvé, sur deux cents abcès du sein, cent soixante-et-onze abcès puerpéraux. Il est plus fréquent chez les primipares que chez les multipares (BUMM), il devient de plus en plus rare à chaque accouchement successif.

Pathogénie : La stase laiteuse a été imputée, comme cause, par les anciens. Les recherches modernes décèlent l'infection microbienne.

CHARRIN a trouvé de nombreuses races de staphylocoques dans le pus de ces abcès. Les voies d'accès sont les canaux galactophores. La preuve en est fournie par l'absence d'adénopathie axillaire, au début de la mastite ; ensuite le mélange de pus et de lait qu'on voit à l'incision de ces abcès (CHASSAIGNAC). La stase laiteuse favorise évidemment la production de ces abcès. L'agent pathogène vient généralement du dehors, soit apporté par l'enfant (salive) ou par la mère elle-même. Le manque d'antisepsie des mamelons, les ulcérations (gerçures, fissures, crevasses) offrent une porte d'entrée aux agents microbiens. L'état d'humidité constant des mamelons et de leurs environs offre aux bactéries un milieu de culture très favorable. Les microorganismes rencontrés, sont le plus souvent les staphylocoques ; beaucoup plus rarement le gonocoque (vaginite gonococcique de la mère) observé par BUMM, le streptocoque, le colibacille, le pneumocoque, le bacille de Loeffler, l'oidia albicans.

Anatomie pathologique : L'atteinte des deux seins est d'égale fréquence, ordinairement un ou deux lobes sont pris. Ceux-ci peuvent être pris successivement, de là, la prolongation indéfinie de l'affection. Le plus souvent ce sont les lobes inféro-externes qui sont atteints. La cavité de l'abcès est irrégulière, cloisonnée par des débris de tissu glandulaire. Elle contient du pus mélangé avec du lait, altéré, d'odeur désagréable. S'il y a plusieurs abcès ils sont indépendants et ne communiquent pas. Autant d'ouvertures que de foyers, pour les évacuer.

Histologie : Les microbes provoquent la coagulation de la caséine du lait. Les colonies microbiennes sont emprisonnées dans les culs de sac glandulaires. Les cellules épithéliales dégénèrent, se détachent et tombent dans la lumière des acini. Le tissu conjonctif présente une infiltration leucocytaire. Finalement, les tissus détruits et le lobule sont transformés en une caverne purulente.

Symptomatologie : La glande est augmentée de volume, tuméfiée, lourde et douloureuse. L'allaitement (la succion) est très douloureux, lourde et douloureuse. L'allaitement, la succion sont très douloureux, devient impossible. La température est de 38°5 ! Frissons. Une bosselure apparaît sur la surface du sein, correspondant au lobe enflammé. La pression fait sortir par le mamelon du lait et du pus mélangés. Pas de ganglions dans l'aisselle. La suppuration commence au bout de quelques jours. Les douleurs, lancinantes, augmentent d'intensité ; la peau rougit, s'œdématisé, adhère au lobe enflammé, la tumeur devient fluctuante si le pus est collecté.

Evolution : La peau se perfore, l'évacuation du pus se fait, la suppuration plus ou moins longue est suivie de la guérison. Très souvent la marche est beaucoup plus lente. Plusieurs abcès se forment successivement par la propagation de l'infection. Un abcès rétro-mammaire peut se produire par la pénétration en profondeur, ou bien un abcès sous-pectoral, abcès en bouton de chemise. ' produire par la pénétration en profondeur, ou bien un abcès sous-pectoral, abcès en bouton de chemise.

Pronostic : L'affection est longue, pénible, douloureuse ; l'allaitement est impossible. Il peut y avoir une diminution ou même une suppression de la valeur physiologique de l'organe. Si la mastite est diffuse, les foyers nombreux, l'amputation peut être nécessaire à cause des fistules intarissables.

Traitement : Prophylactique si possible ; soins de propreté antisepsie des ulcérations éventuelles.

Curatif : Au début s'impose la suppression de l'allaitement, l'incision, l'évacuation du pus par l'expression et l'application d'un bandage compressif. Si le pus est collecté : incisions radiales (pour éviter la section des canaux galactophores) plusieurs suivant le nombre des foyers. Drainage. Si le nombre des foyers est très élevé, on incise au niveau du repli sous-mammaire et on pratique le curettage de la caverne purulente (WEBER et BOELCKE).

Paramastites : On en connaît deux variétés : la supramastite et l'infamastite.

La *supramastite* est une affection caractérisée par une tuméfaction très superficielle, très limitée ; c'est un abcès pré mammaire superficiel siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il est accompagné d'adénopathie axillaire, symptôme capital qui le distingue des mastites pures. La réaction générale est très faible. Ces abcès se fistulisent en quelques jours. L'évacuation du pus se fait et c'est la guérison.

Traitement : L'incision.

Inframastite (abcès profond) : Il succède toujours à une mastite, le pus est séparé par une grande épaisseur de tissu de la peau. Il est emprisonné (de là, formation d'abcès en bouton de chemise). La tuméfaction devient bientôt énorme, le sein est soulevé en nappe par la collection purulente. La peau garde sa coloration normale, mais elle est sillonnée de veines dilatées. La température est violente. L'ouverture spontanée est souvent très lente à se faire. Des décollements étendus se font disséquant la glande.

Traitement : En présence des premiers signes de suppuration rétro-glandulaire, il faut pratiquer une incision large dans le sillon sous-mammaire, le décollement du sein, l'évacuation du pus et le drainage.

Abcès chronique : Ne se voit point pendant les suites de couches.

CHAPITRE II

Historique de la Vaccination antistaphylococcique en général

WRIGHT fut le premier qui a fait des essais de vaccinothérapie antistaphylococcique chez l'homme, déjà en 1902.

Il se servit d'émulsions de staphylocoques tués par la chaleur. Il fit ses expériences dans la furonculose et l'acné. C'est avec le pus prélevé sur le furoncle à traiter qu'il prépara son vaccin. Il administra cette émulsion mélangée à du sérum physiologique en injections hypodermiques. Le désavantage de cette méthode était : les réactions violentes qui produisaient une aggravation de l'état du malade au début du traitement. On observait aussi une diminution du pouvoir phagocytaire du malade de durée relativement longue. Plus tard on a perfectionné la méthode de WRIGHT qui employa un auto-vaccin. On commença à prélever les germes sur d'autres suiets, c'est-à-dire à employer un hétéro-vaccin, stock-vaccin, souvent moins efficace.

MAUTÉ continua les travaux de WRIGHT, lui aussi, a employé des émulsions de germes tués, mais il a employé ses vaccins par la voie intra-veineuse aussi, à côté de la voie sous-cutanée. Il réunissait de

nombreuses espèces diverses de staphylocoques dans la même émulsion dans une solution de soude déci-normale y ajoutant 0.5 0/0 d'acide phénique. Ces vaccins ont eu, malgré quelques bons résultats, de nombreux insuccès.

BERTRAND et COHENDY ont commencé des essais avec un vaccin sensibilisé et ont obtenu des guérisons dans différentes suppurations staphylococciques. Ce vaccin était un vaccin-virus sensibilisé vivant antistaphylococcique. Sa préparation a été inspirée par les recherches de BESREDKA, qui avait remarqué que des corps microbiens mis en contact avec du sérum spécifique pendant un certain temps, restent vivants, mais perdent leur faculté de reproduction et leur virulence. Après les recherches de BESREDKA, ce sont celles de d'HÉRELLE sur les lysats et le bactériophage, qui ont apporté de nouvelles méthodes.

CHAPITRE III

Le vaccin du Docteur Fisch, sa composition

BESREDKA a montré le rôle primordial des filtrats et des lysats microbiens dans la production de l'immunité locale par les vaccins. L'inoculation dans la peau ou l'application sur la peau du vaccin provoquait une immunité des tissus. L'emploi du vaccin, en pansement local, a été inauguré. On a commencé à se servir de « bouillons vaccinés » en application locale, en obtenant de très bons résultats. DELBET a commencé la vaccinothérapie locale déjà en 1913. En 1922 il a traité avec des pansements et des injections de bouillon vaccin dans les cavités infectées. Les résultats ont été satisfaisants. Les applications de filtrats et de lysats ont surpassé ces temps derniers l'application locale des « bouillons vaccinés ».

TWORT a découvert en 1915 la lyse microbienne. Cette découverte fut le point de départ des recherches de d'HÉRELLE, de J. BORDET. En 1917, a été découvert le bactériophage de d'HÉRELLE. TWORT et GRATIA ont même découvert un bactériophage antistaphylococcique. En 1924, MM. FISCH et POTOCKI exposent leurs expériences de laboratoire sur les filtrats.

Le vaccin du Dr Fisch est un vaccin complexe qui réunit dans une même ampoule :

1° Une culture de staphylocoque dans du bouillon tué par la chaleur. Ces staphylocoques sont de souches diverses en cas d'un stock-vaccin ou bien du malade lui-même, en cas d'un auto-vaccin. Les staphylocoques sont recueillis sur des plaques de gélose mis en émulsion, dans un ballon rempli, de sérum physiologique, placés au bain-marie et portés à l'ébullition par un chauffage lent et progressif. Les sécrétions des microbes ainsi tués sont modifiées par la chaleur :

2° Un extrait microbien obtenu par la chaleur dans du bouillon de bœuf peptoné à la température de 37 degrés, d'un staphylocoque de même souche, est joint à cette préparation précédente. On le met à l'étuve pendant 24 heures, on filtre à travers une bougie de Chamberland en porcelaine. Le filtrat ainsi obtenu doit séjourner encore pendant 48 heures à l'étuve pour s'assurer qu'aucun microbe n'a traversé la bougie ;

3° Aux extraits ainsi préparés on ajoute un filtrat à principe lytique préparé d'après la méthode de Porocki et Fisch. Pour avoir des filtrats plus actifs, Fisch et Porocki renouvellent les ensemencements à plusieurs reprises pour obtenir des filtrats saturés. Ces filtrats sont simples, renfermant une seule souche de microbes ou composés de sorte pour agir sur toutes les variétés de l'espèce. Le caractère du mécanisme d'action du filtrat de Fisch est le pouvoir dissolvant qu'il a sur le microbe qui a servi pour sa préparation.

Les filtrats sont spécifiques, ils ont une action certaine et puissante sur la seule espèce, qui a servi pour leur préparation. Ils doivent empêcher non seulement leur prolifération mais détruire le microbe et le digérer, d'après les expériences des auteurs.

Le mécanisme d'action du vaccin du Dr Fisch.

Ce vaccin réunit en même temps trois propriétés thérapeutiques :

1° Le choc, l'exaltation des phénomènes de défense naturelle de l'organisme, par augmentation de la production des anticorps, ce qui était la cause des succès obtenus par la vaccination de Wright ;

2° L'action antitoxique, obtenu par l'extrait microbien, préparé à basse température, qui est la raison principale des résultats obtenus par le vaccin de Fisch ;

3° Action antimicrobienne très efficace, due au principe lysant du Dr Fisch.

Mode d'emploi du vaccin de Fisch.

Vaccin pour emploi sous-cutané : On commence par une injection de $1/2$ cm³. Les injections suivantes sont augmentées d'un demi cm³. On pratique une injection tous les deux jours. Le nombre des injections peut être poussé jusqu'à 12-15 en cas d'absence de l'effet voulu.

Vaccin pour emploi per os : La dose du vaccin est de trois cm³ en ce cas. Il est pris le matin à jeun, dans un peu d'eau et peut être continué assez longtemps sans inconvénients.

Vaccin filtrat : Est appliqué surtout en pansement sur la lésion cutanée. La dose employée est de 3 cm³ renouvelée tous les jours. L'insufflation de quelques cm³ de filtrat à l'intérieur de la cavité infectée peut être pratiquée avec succès.

CHAPITRE IV

La Vaccination antistaphylococcique locale proprement dite

Cette méthode de thérapie a été essayé d'abord par BESREDKA, qui a vu une certaine immunisation des tissus à la suite de l'application de vaccin à la peau.

Les bouillons-vaccins ont été employés par la suite avec des résultats encourageants. DELBET pratique des injections à l'intérieur des cavités infectées et des pansements en application locale avec des bouillons-vaccins. Avec la notion de lysat et de filtrat, un nouvel essor est donné à la bactériothérapie antistaphylococcique.

Les effets de la vaccinothérapie locale ont été éclaircis par BESREDKA. Les virus figurés ou les substances qui en dérivent produiraient, par action directe sur les cellules réceptrices de la peau ou d'autres organes, une immunité locale, sans la présence d'anticorps dans le sang.

Les filtrats et les lysats ont une action bactériolytique, spécifique pour chaque germe. Le principe lytique d'un filtrat peut être conservé très longtemps (KABESHIMA).

Affections dans lesquelles la vaccination antistaphylococcique a été employée en application locale.

Les travaux de DELBET, MOCOLOT, MORNAND, ont montré les bons effets de la vaccinothérapie locale en cas de furoncles, d'anthrax. Le vaccin employé a été le bouillon-vaccin de DELBET. Les travaux de GRÉGOIRE en accord avec les travaux de DELBET, relate la guérison de plusieurs fistules osseuses par la vaccination antistaphylococcique locale. Les excellents résultats de la vaccination antistaphylococcique locale, dans les affections génitales, sont relatés par DELBET et beaucoup d'autres auteurs. Des résultats très beaux ont été obtenus, par l'emploi en application locale, de filtrats doués d'un pouvoir lytique très élevé, en cas de pyodermites superficielles (sycosis, folliculites).

La vaccination antistaphylococcique locale par le vaccin de Fisch

Pour cet emploi le filtrat seul est utilisé. C'est le principe lytique contenu dans ce filtrat qui donne l'effet à cette forme spéciale des vaccins du Dr Fisch. Ce principe apporté au siège de l'infection y provoque une bactériolyse intense. Ce filtrat est spécifique pour le germe qui a été utilisé pour sa préparation.

Il est utilisé en pansements, appliqué sur les lésions cutanées, sur les plaies. En injections ou instillations dans les cavités infectées.

Il peut être combiné à la vaccinothérapie générale, mais a l'avantage sur elle de pouvoir atteindre le foyer infectieux avant le vaccin administré par voie buccale ou sous-cutanée.

CHAPITRE V

Les suppurations du sein traitées par le filtrat de Fisch

L'application de la vaccinothérapie locale dans les suppurations du sein ouvre une époque nouvelle de progrès et de résultats très encourageants dans le traitement de ces affections. La longueur parfois exaspérante, la douleur, la diminution ou la suppression fonctionnelle de l'organe, bien que temporairement, étaient des inconvénients très sérieux qui demandaient des remèdes urgents.

Le traitement de ces suppurations était purement chirurgical. L'incision radiale, pour éviter de sectionner les canaux galactophores a été préconisée. Souvent plusieurs incisions devaient être pratiquées suivant la disposition des foyers et le nombre des lobes atteints. Le drainage, l'évacuation du pus par l'expression et des applications de compresses antiseptiques et calmant la douleur. Cette thérapeutique avait de nombreux désavantages : elle ne pouvait pas abréger la durée de la maladie ; elle avait de sérieux inconvénients esthétiques, étant donné que ces incisions ne peuvent pas être toujours faites par un chirurgien ; si les incisions étaient très nombreuses, la rétraction cicatricielle s'ensuivait, endommageant l'organe dans sa valeur physiologique ; des fistules intarissables sont aussi d'observation courante. Dans ces cas derniers, l'affection a passé à l'état chronique naturellement.

La vaccinothérapie antistaphylococcique locale supprime une grande partie de ces désavantages. Elle attaque l'agent causal de l'affection, le staphylocoque au siège de sa pullulation. Pour obtenir cette mise en contact du filtrat avec la source de l'infection, il faut pratiquer des incisions beaucoup moins mutilantes que l'on n'en faisait avant. Si l'abcès n'est pas encore arrivé à maturité, on peut appliquer le filtrat en pansement local pour obtenir la sédation des phénomènes inflammatoires, de la douleur surtout. Si l'abcès a percé spontanément, ou l'ouverture en a été pratiquée par incision, on injecte du filtrat à l'intérieur de la poche purulente pour avoir un contact plus intime de l'agent actif avec les microorganismes pathogènes.

Cette thérapeutique immédiate, logique, par action directe sur l'élément infectieux abrège naturellement la durée de l'affection en la combattant mieux, en luttant contre elle plus efficacement.

Le mécanisme d'action de ce moyen thérapeutique est la bactériolyse, comme nous disions déjà. Apporté et mis en contact avec les bactéries, il en provoque la dissolution et la destruction. Cette action lytique est très énergique.

Technique de son administration

En cas d'abcès non arrivés à maturité, il peut être employé avec des résultats satisfaisants, pour amender les symptômes inflammatoires locaux. Surtout la diminution de la douleur et de la tension de l'organe est

d'effet très utile. Pour obtenir cet effet, il suffit des applications, à l'endroit enflammé, d'une compresse stérilisée, imbibée du contenu d'une ampoule de 3 centimètres cubes de filtrat, là-dessus un pansement sec légèrement compressif.

Si l'abcès est plus mûr, si le pus a commencé à se collecter, il est préférable de pratiquer une incision plus ou moins profonde, suivant le degré d'amincissement des tissus enflammés, pour arriver au foyer purulent. On évacue par l'expression le plus possible de pus, on lave la plaie avec une solution antiseptique faible et après on pratique une injection de 2 centimètres cubes de filtrat. On peut appliquer sur la plaie en plus une compresse stérilisée imbibée de filtrat. Un pansement sec est mis dessus en comprimant légèrement l'organe. Cette application est répétée tous les jours, après l'expression du pus et doit être continuée jusqu'à guérison.

Effets obtenus par l'application locale du filtrat de Fisch

La régression des phénomènes inflammatoires ne manque jamais. A l'inspection : la disparition de la rougeur se produit très vite, quelquefois du jour au lendemain, si l'on a commencé le traitement au début, quand l'abcès était encore fermé. Plus longtemps s'il s'agit d'un abcès déjà percé ou incisé.

Une diminution notable de la douleur est constatée en même temps. La tension de l'organe baisse, ce qui a pour conséquence l'amendement de la douleur.

L'arrêt de la lésion en formation est le deuxième facteur très important, d'ici l'abréviation marquée de la durée de l'affection.

La cicatrisation des lésions déjà avancées, la fermeture des fistules.

La suppuration diminue et est tarie rapidement. La localisation des lésions et du processus inflammatoire, l'empêchement de l'extension aux tissus voisins est aussi d'importance capitale. Nous en avons relaté un cas très démonstratif parmi nos observations.

Dans le chapitre suivant, nous donnerons d'abord les observations d'abcès du sein vus chez la mère pendant les suites de couches ; après, ceux observés chez des enfants pendant les premières semaines de leur vie. Nous publions, par la suite, quelques observations d'autres abcès survenus chez des nourrissons au début de leur existence.

CHAPITRE VI

OBSERVATION I

(N° 639/26). Mme J., primipare, 21 ans, entre dans le service le 9 avril.

Ce même jour : accouchement spontané, d'un garçon vivant pesant 3.120 grammes.

Le 10 avril : passe à l'isolement à cause d'un abcès du sein. Organe augmenté de volume. Partie voisine du mamelon, rouge-violacé, tuméfiée, chaude. A 2-3 cm. au-dessous du mamelon 3 orifices, disposés en étoile.

La pression fait sourdre du pus, bien lié, jaune-verdâtre, en grande quantité, mêlé parfois à du sang. On évacue le plus possible.

Temp. : 37°8. Pouls : 80.

Traitement : injection dans chaque orifice de 2 centimètres cubes de filtrat antistaphylococcique et application d'un pansement imbibé de filtrat.

Le 11 avril : temp. ne dépasse pas 38°.

Le 15 avril : les trois orifices rendent très peu de pus. Dans la partie inféro-externe du sein, formation d'une deuxième poche, qui rend un peu de pus. Temp. : 38°2.

Le 16 avril : des trois orifices, le supéro-interne seulement sécrète un peu de pus mélangé à du lait et du sang. Temp. : 37°2.

Le 17 avril : état stationnaire. L'orifice inféro-externe rend un peu de pus. Le dernier orifice donne issue à du pus mélangé avec du sang. Temp. : 37°6.

Pendant tout ce temps, on continue le même traitement. La température descend graduellement à la normale.

Le 21 avril : la malade quitte le service avec une température de 37°2 le soir, un pouls normal. L'abcès est en bonne voie de guérison.

RESUME : Cette malade présente, au lendemain de son accouchement, un abcès qui s'ouvre spontanément par trois orifices. Il est accompagné de température à 38°. L'application locale de filtrat après l'expression du pus est pratiquée. Cinq jours après, formation d'un nouvel abcès, qui s'ouvre spontanément. La température ne cède pas, mais la suppuration et les symptômes locaux se sont remarquablement amendés. Sept jours après la première application du filtrat, la suppuration est presque nulle. La température est descendue à la normale et onze jours après le début du traitement, la malade quitte le service en bonne voie de guérison.

OBSERVATION II

(2.180/26). Mme L. A., IIIpare, 29 ans, entre dans le service le 18 décembre.

Antécédents : deux poussées thermiques pendant la grossesse, avec des douleurs lombaires, des urines troubles, répondant à une polynéphrite. Traitée et guérie.

Le 20 janvier, accouchement spontané d'une fille vivante de 7 mois, pesant 1.430 grammes. Délivrance normale.

Le 14 février : revient avec un abcès du sein à maturité. Temp. : 38°4. Pouls : 95.

Traitement : incision au thermocautère ; application locale de filtrat.

Les jours suivants : on continue le même traitement, après l'expression du pus, injection de 2 centimètres cubes de filtrat à l'intérieur de la cavité. Application d'un pansement au filtrat. La température descend en escalier à la normale.

Le 23 février : la malade quitte l'hôpital. Elle présente, en ce moment encore, un petit noyau de mammite. Température et pouls sont normaux.

RESUME : Cette malade présente, trois semaines à peu près après son accouchement, un abcès, la température n'est pas très élevée. Dix jours après l'application de notre traitement, elle quitte l'hôpital. Elle ne garde qu'un noyau de mammite très insignifiant.

OBSERVATION III

(165/27) Mme J. R., Ipare, 25 ans, entre dans le service le 26 janvier.

Ce jour même, accouchement spontané d'une fille vivante à terme, pesant 2.330 grammes, délivrance normale.

Le 4 février : passe à l'isolement, parce que présente une température de 38°8. Le sein est augmenté de volume, en même temps il est douloureux.

Le 5 février : temp. baisse à 37°8. Pouls : 90.

Le 14 février : temp. à 39°2. Pouls : 120. L'abcès est arrivé à maturité.

Traitement : incision au thermocautère. On exprime du pus bien lié, abondant. Injection de 2 centimètres cubes de filtrat à l'intérieur de la cavité. Pansement au filtrat.

Le 15 février : temp. : 39°. Pouls : 110. L'abcès rend encore beaucoup de pus. On continue le même traitement.

Les jours suivants : temp. oscille entre 37°5-38°5. Pouls : 90.

Le 18 février : temp. tombe à 37°5. La suppuration diminue, le pus est moins bien lié, mêlé avec du sang.

Le 24 février : temp. normale. Pouls : 75. La malade quitte le service en bon état.

RESUME : Cette malade présente, huit jours après son accouchement, un abcès du sein avec température élevée. L'incision et la vaccinothérapie locale jugule l'affection en vingt jours.

OBSERVATION IV

(N° 380/27). Mme L. D., employée, 23 ans, Ipare, entre dans le service le 22 février.

Le 21 mars : accouchement spontané d'une fille vivante, à terme, pesant 3.030 grammes. Délivrance complète et spontanée.

Le 26 mars : température à 39. Pouls : 110. Frissons. Seins douloureux.

Les jours suivants : temp. aux environs de la normale. Pouls : normal.

Le 6 avril : la température s'élève à 38°8. Pouls : 122. Le sein droit est augmenté de volume, induré, douloureux et chaud.

Le 7 avril : incision au thermocautère, expression du pus en grande quantité. Injection de 2 cc. de filtrat. Pansement.

Le 8 avril : temp. : 37°3. Pouls : 86.

Les jours suivants : temp. et pouls normaux.

Le 17 mars : élévation thermique à 38°81. Pouls : 116. L'abcès rend encore du pus mêlé avec du sang.

Les jours suivants : temp. descend en escalier.

Le 30 avril : temp. normale. Pouls : normal. La plaie se cicatrise, la malade quitte le service en voie de guérison.

RESUME : Cette malade présente, un mois après son accouchement, un abcès du sein avec temp. élevée (39°) et frissons. On l'incise, on applique le traitement au filtrat et on obtient la guérison au bout d'un mois.

OBSERVATION V

(N° 188/29). Mme R. S., Vpare, 29 ans, entre dans le service le 22 janvier.

Ce jour même : accouchement spontané d'un garçon à terme, pesant 3.730 grammes. Délivrance normale. A eu, pendant sa grossesse, une pyélonéphrite. Quitte le service le 10 février.

Le 14 avril : revient pour abcès du sein gauche. Temp. : 40°. Pouls : 100.

A l'inspection, le sein gauche est augmenté de volume, rouge violacé, tendu. Gros ganglions dans l'aisselle correspondante.

Ponction au thermocautère, issue de pus jaunâtre bien lié, très abondant. Injection de filtrat à l'intérieur de la cavité et application de compresses alcoolisées.

Le 15 avril : la tumeur diminue, la rougeur s'efface, la douleur s'amende. Temp. : 38°2. Pouls : 104.

Les jours suivants : on continue le même traitement. Temp. : 38°. Pouls : 90.

Le 26 avril : le sein est redevenu normal. Temp. : au-dessous de 37°. L'adénopathie a disparu. Il persiste seulement un noyau petit au-dessus de la ponction au thermocautère. La malade quitte le service guérie.

RESUME : Cette malade présente, deux mois et demi après son accouchement, un abcès avec violente réaction générale. Déjà le lendemain de la première application du filtrat, la température descend d'un degré. Les phénomènes locaux s'amendent notablement et, dix jours après le début du traitement, tout revient à l'état normal.

OBSERVATION VI

(N° 2649/28). Mme L., ouvrière, IIIpare entre dans le service le 22 décembre.

Ce jour même : accouchement spontané d'un garçon vivant à terme, pesant 3.725 gr. Délivrance normale.

Le 19 janvier : la malade présente une élévation thermique à 38°2. Pouls : 90. En même temps le sein droit est tuméfié, rouge, dur, douloureux. C'est un abcès situé sous le mamelon droit. Incision au thermocautère, expression du pus et application du filtrat en injection et en pansement.

Le 20 janv. : temp. baisse à 37°. Pouls : 90. Pas d'écoulement de pus. On pratique tout de même une seconde injection de filtrat dans la cavité purulente.

Les jours suivants : les phénomènes inflammatoires disparaissent peu à peu. La malade quitte le service avec une température normale, un pouls normal. Elle reviendra se faire panser.

RESUME : Dans ce cas nous voyons une disparition des symptômes infectieux du jour au lendemain presque. Le résultat final n'a pu être enregistré parce que la malade a quitté l'hôpital en signant sa feuille de sortie promettant de revenir pour se faire panser.

OBSERVATION VII

(N° 210/28). Mme B. S., 25 ans Ipare entre dans le service le 4 février.

(Elle a accouché en dehors du service, pas de renseignements le concernant).

Le 5 février : présente un abcès du sein droit. Temp. : 40°. Pouls : 100. Insomnie ; glace sur le sein.

Le 6 février : région externe du sein a augmenté de volume. Elle est rouge, tendue, très douloureuse. Circulation veineuse sous-cutanée très marquée au niveau du sein atteint. Temp. : 38°2, pouls : 82. La malade passe une nuit tranquille.

Le 7 février : incision au thermocautère d'une collection située au niveau de l'aréole au-dessus du mamelon. Du pus abondant s'écoule à la pression. Injection de filtrat dans la plaie de l'incision.

Les jours suivants : temp. 38°-38°5, pouls : 90-100. Le sein est toujours rouge, tendu et douloureux. Le pus se vide peu à peu. A la partie tout à fait ext. du sein une nouvelle collection se forme, près de la ligne axillaire. Temp. : 37°-38°, pouls : 80-90.

Le 20 févr. : ponction au thermo de la nouvelle poche, qui fait sortir du pus abondant, bien lié. Injection de filtrat et pansement.

Les jours suivants : le même traitement est continué. Temp. ne dépasse pas 38°. Pouls : 80.

Le 25 février, la malade quitte l'hôpital, en bonne voie de guérison.

RESUME : C'est un abcès qui se forme au lendemain de l'accouchement, qui est accompagné d'une violente réaction générale. La malade est notablement améliorée au bout de 20 jours de traitement.

OBSERVATION VIII

(928/28). Mme L. ans, IIIpare, entre dans le service le 17 mai.

Ce jour même : accouchement spont. d'une fille vivante de 7 mois, pesant 1520 grammes. Délivrance normale.

Le 6 juin : la malade présente une collection purulente du sein gauche, située au cadran inféro-interne et superficiellement. Temp. : 38°. Pouls : 85.

Le 7 juin : ouverture de cette collection au thermo; évacuation et injection de filtrat.

Les jours suivants : temp. descend en escalier. On continue le même traitement.

Le 10 juin : la malade quitte le service en bon état.

RESUME : Dans ce cas aussi la guérison est obtenue en un temps relativement court.

OBSERVATION IX

(N° 210/28). L'enfant B. Geneviève, née dans le service, le 4 février, par accouchement spont., de mère primipare, âgée de 25 ans, présente, en même temps que la mère est soignée pour un abcès du sein droit ;

Le 14 février : une mammité du sein droit également. Ce sein est augmenté de volume, rouge, douloureux.

Le 17 février : le sein droit commence à suppurer ; un pus séreux s'écoule par le mamelon. Le drainage est établi par un drain filiforme. Injection de deux cc. de filtrat dans la cavité purulente par l'orifice de drainage.

Le 18 févr. : le drainage paraît se faire mal. Deux ponctions sont pratiquées avec le thermocautère et une application d'un pansement humide.

Le 20 févr. : injection de filtrat, dans la cavité purulente.

Le 21 févr. : idem.

Le 22 févr. : amélioration notable. La tumeur diminue, la rougeur s'efface peu à peu. On continue toujours le même traitement.

Le 26 févr. : l'enfant quitte le service ensemble avec la mère. Ils reviendront pour se faire panser.

Pendant toute l'évolution de cette mastite aucune élévation thermique n'a pas été observée.

RESUME : La vaccination locale a été employée dans ce cas, d'abcès du sein chez l'enfant avec égal succès à ceux des adultes. L'abcès a évolué sans température, qui est peut-être dû à l'emploi précoce du filtrat en localisant bien le processus infectieux et qui de cette façon a épargné à l'organisme une réaction générale.

OBSERVATION X

(N° 2647/28). L'enfant D., de sexe masculin né dans le service, le 22 décembre, à terme par accouchement spont. pesant 3.230 gr., de mère Ipape, âgée de 40 ans, présente :

Le 31 décembre : un abcès du sein gauche, situé au-dessus du mamelon. Le sein est augmenté de volume, rouge, tendu et douloureux. Une incision sous-mamelonnaire fait sourdre du pus séreux. On pratique une injection de filtrat à l'intérieur de la cavité et un pansement.

Les jours suivants : on continue le même traitement. L'abcès diminue de volume ; il est moins douloureux, moins rouge. Le pus continue à s'éliminer en quantité.

Le 26 janvier : l'enfant quitte le service en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XI

(N° 208/29). L'enfant P., de sexe masculin, né dans le service le 26 janvier par accouchement spontané, à terme, pesant 4.060 grammes, de mère Ipape, âgée de 22 ans, présente.

Le 12 février : un point de mastite très localisé, au niveau du sein droit, au-dessus de l'aréole. Mammité avec un peu de tuméfaction glandulaire proprement dite et rougeur interne tirant sur le violet.

Le 13 févr. : extension de l'inflammation au tissu cellulaire sou-cutané, sous la forme d'une plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs : rouge-violacée, luisante, chaude, tendue, et non fluctuante.

On fait une incision au thermocautère dans le centre de la plaque, près du mamelon, qui ne donne issue à aucun liquide.

Injection de filtrat antistaphylococcique à travers le point de ponction et application d'un pansement au filtrat.

Le 14 février : extension de la plaque ; elle occupe la partie antérieure du thorax, l'épigastre et l'hypochondre. Il s'agit d'une plaque rouge luisante avec des placards violacés, chaude au toucher, mais non fluctuante. On pratique une barrière à l'extension en faisant à la périphérie de la plaque dans le tissu cellulaire sous-cutané des injections en série de sorte pour circonscrire la plaque. Injections de glycérine phéniquée au 1/50 à raison de 1-2 gouttes par injection de cm. et cm. au total, injectée, 3 cc. En plus on pratique un pansement au filtrat antistaphylococcique.

16 février : La plaque n'augmente pas de superficie ; elle reste circonscrite par les points d'injection de glycérine. A la partie inféro-externe du thorax du pus s'écoule spontanément par un petit orifice.

Microscopiquement : pus bien lié, mais brunâtre.

Microscopiquement : présence de staphylocoques pures. On répète les pansements au filtrat.

18 févr. : tumeur plus marquée, fluctuante partout, peau lisse, tendue, violacée, amincie. On pratique une douzaine de points au thermocautère par lesquels un pus abondant s'écoule. On injecte par ces points du filtrat et on applique un pansement également au filtrat.

Les jours suivants : a) état local : le pus ne se reproduit plus une fois le drainage est effectué. Les pansements ne sont que peu souillés. On continue les pansements au filtrat.

Les points pratiqués au thermo ne se rétrécissent pas, ils sont atonés et les ponts de tissus les séparant ont tendance à s'amincir. Des points de pyodermites apparaissent dans la région fessière.

b) Etat général : s'aggrave considérablement. Temp. 39° en plateau ; subictère, qui tend à évoluer.

Localement : la peau prend une teinte violacée, qui fait craindre le sphacèle. Des abcès apparaissent en particulier au niveau du coup de pied droit et du cuir chevelu, au-dessus de l'oreille droite.

Le 26 févr. : état local : les ponts de tissus ont sauté, les muscles sont à nu.

Etat général : très grave : température à 38°8, ictère très marqué, dyspnée. Mort le jour même à 12 h.

RESUME : l'extension du phlegmon diffus a été arrêtée nettement et la lésion a évolué vers la suppuration franche, mais l'enfant n'a pu faire les frais de la réparation. Un état septicémique s'est produit avec ictère infectieux. Il a néanmoins survécu 12 jours après l'arrêt du processus aigu, alors que la mort aurait dû survenir dans les 48 heures, sans le traitement susindiqué (d'après l'opinion de M. Le Lorier).

OBSERVATION XII

(1457/28). L'enfant Josette M., née dans le service le 12 juillet, à terme, par accouchement spont., pesant 3.450 gr. de mère Hpare, âgée de 36 ans presète.

Le 21 juillet : un petit abcès sur le bras gauche. On l'incise au thermo, on évacue un pus séreux et on pratique une injection de filtrat.

Les jours suivants : on continue le même traitement. L'abcès diminue de volume, est moins douloureux.

Le 30 juillet : l'enfant quitte le service en bon état.

OBSERVATION XIII

(82/29). L'enfant G. Berthe, née dans le service, le 10 janvier, par accouchement spont. à terme pesant 2.700 gr., de mère âgée de 20 ans, Ilipare, présente.

Le 22 janv. : un petit abcès sous-cutané, à la partie latérale du cou. On ouvre cet abcès par ignipuncture, qui fait sourdre un pus grisâtre et on injecte 2 cc. de filtrat.

Le 25 janvier : l'enfant quitte le service, guéri. Aucune élévation thermique n'a pas été constatée.

OBSERVATION XIV

(136/29). L'enfant F., de sexe féminin, née dans le service le 17 janv., à terme, par accouchement spont., pesant 1.750 gr. (grossesse gemellaire), de mère Ilipare, âgée de 29 ans, présente.

Le 25 janv. : un furoncle au niveau de la lèvre vulvaire droite. Temp. 37°9, ouverture par ignipuncture, évacuation et administration locale de filtrat.

Les jours suivants : la tumeur disparaît, la cicatrisation commence. Temp. norm.

Le 6 févr. : l'enfant quitte le service, guérie.

OBSERVATION XV

(1494/29). L'enfant D., de sexe masculin, né le 17 juillet, dans le service, par accouchement spont. pesant 3.170 gr., de mère Ilipare, âgée de 26 ans, présente.

Le 22 juillet : un abcès du menton, qui est rouge, dur, tendu et douloureux.

Il s'ouvre spontanément, donnant issue à un pus grisâtre.

On pratique une injection de filtrat et des applications de pansements au filtrat.

L'enfant guéri, part avec sa mère au bout de quelques jours.

OBSERVATION XVI

(42/28). L'enfant H., du sexe masculin, né dans le service, le 9 janv., par accouchement spont. à terme, pesant 3.660 gr. de mère âgée de 37 ans. Ipare.

Le 10 janv. : il présente un petit abcès de la région sous-claviculaire gauche allongé à grand axe horizontal.

Les jours suivants : légère temp. Il refuse le sein.

Le 15 janv. : ouverture de l'abcès, drainage par un faisceau de crins. Expression du pus et injection de filtrat.

Le 19 janv. : une fusée du côté du cou se dirigeant vers la face postérieure du cou. Ouverture au thermocautère et application de filtrat.

Les jours suivants : amendement considérable des phénomènes inflammatoires. L'enfant quitte le service, amélioré, mais le résultat final n'est pas connu.

Résumé et appréciation des résultats obtenus par la vaccination locale avec le filtrat du Docteur Fisch

La valeur curative de ce vaccin en application locale est prouvée par les observations ci-dessus. Dans tous nos cas il a amené une amélioration nette incontestable. La majeure partie de nos malades traitées ont été guéries. Plusieurs de nos malades ont quitté le service en signant leur feuille de sortie, chez celles le résultat final n'a pu être enregistré. Néanmoins ces malades ont décidé de s'en aller parce qu'elles étaient considérablement améliorées. Dans un de nos cas, un enfant qui dans les jours suivants sa naissance, commence par avoir une mammite très localisée a présenté par la suite une extension de l'infection en profondeur et un phlegmon diffus s'en est suivi. Ce phlegmon non purulent au début, incisé et traité avec le filtrat évolue vers la suppuration franche. L'enfant survit de 12 jours le début de cette suppuration, mais l'état général s'aggrave, un état septicémique s'établit avec ictère grave ; l'enfant n'arrive pas à faire les frais de la réparation et meurt. Même en ce cas, la localisation de l'infection par le filtrat a été très nette, aidé par des injections sous-cutanées de glycérine phéniquée pour circonscrire l'abcès.

Dans tous nos cas la régression très rapide des signes inflammatoires locaux a été constante. L'amélioration, la disparition de la temp. très rapide, la suppuration vite tarie. La guérison est survenue du 10 au 20^e jour après le début du traitement en moyenne et suivant la gravité et l'état avancé de l'affection.

L'efficacité du filtrat du Docteur Fisch nous a paru dans tous les cas traités très évidente.

CONCLUSIONS

Le filtrat antistaphylococcique de Fisch, en application locale nous a donné des résultats très satisfaisants, au cours du traitement des 16 cas de suppuration à staphylocoques soignées à la maternité de l'hôpital Boucicaut.

Il présente l'avantage d'agir directement contre l'agent microbien, luttant par la bactériolyse.

Ses avantages les plus nets sont :

1. La sédation rapide des phénomènes inflammatoires, de la douleur.
2. L'abréviation de la durée de l'affection.
3. La diminution notable des incisions à pratiquer pour mettre en contact le filtrat avec la source pathogène, d'où élimination de cicatrices étendues, des rétractions cicatricielles, lésant l'organe dans sa valeur fonctionnelle et en même temps élimination, des inconvénients esthétiques, provenant des incisions larges, multiples et mutilantes.
4. Son innocuité et l'absence de réaction sérique.

Vu: le Doyen
H. ROGER

Vu: le Président de Thèse
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

Le Dentu-Delbet : Traité de chirurgie.

Les neuf agrégés : Traité de chirurgie.

Bumm : Traité d'Obstétrique.

Le Lorier : Traitement des pyélonéphrites gravidiques par le vaccin anticolibacillaire de Fisch.

Delbet : A propos de la vaccinothérapie (Bulletin de la société de chirurgie, 4 févr. 1920).

Delbet, Mocquot, Mornaud : Tentatives de vaccinothérapie locale.

Descompts : 17 cas d'affections staphyloc. traitées par le vaccin.

Arloing et Biot : Les techniques bactériologiques et vaccinothérapiques de Wright.

Besredka : De la vaccination par le virus sensibilisé.

Besredka : Des virus sensibilisés.

Besredka : La vaccinothérapie par les virus sensibilisés.

Bordet et D'Herelle : La théorie de l'autolyse transmissible.

Cohendy et Bertrand : Vaccin antistaphyloc. stabilisé vivant.

Lœper : L'immunité locale.

Mauté : La vaccination antituberculeuse, stock-vaccins ou autovaccins.

Mauté : Traitement des staphylococcies (Presse médicale).

Mauté : Vaccinothérapie.

Potocki et Fisch : Remarques sur les modes d'emploi des filtrats microbiens en application locale (Société d'obstétrique, 1924).

Marion : Essais de vaccinothérapie antistaphylococcique par la méthode du docteur Fisch. Thèse Montpellier 1928.

Soupault : L'immunisation locale.

Rosenthal : Recherches sur la vaccination locale des maladies respiratoires.

Le Lorier : Méthode de traitement par la vaccination antistaphylococcique, des abcès du sein (communication faite à la Société d'obstétrique et de Gynécologie).

.....
—— IMPRIMERIE ——
E. PUYFOURCAT FILS & C^{ie}
12, R. GRANGE-BATELIÈRE
—— PARIS (IX^e) ——
.....

